



KARTA WYWIADU LEKARSKIEGO

Witamy!

Dzisiejsza Data:

NAZWISKO: _____ IMIĘ: _____ DRUGIE IMIĘ: _____

POLECONY PRZEZ: _____

NUMER SOCIAL SECURITY _____ DATA URODZENIA: (miesiąc / dzień / rok) _____

ADRES (numer domu, ulica) _____

MIEJSCOWOSC: _____ STAN _____ KOD POCZTOWY _____ TELEFON _____

E-MAIL _____

Dla następujących pytań proszę zakreślić odpowiednio Tak lub Nie. Odpowiedzi są wyłącznie dla mojej zawodowej informacji i pozostaną tajemnicą lekarską.

1. Czy stan Pan(i) zdrowia jest dobry?.....Tak Nie

2. Czy nastąpiły jakiegokolwiek zmiany w ogólnym stanie zdrowia Pan(i) w ciągu ostatniego roku?.....Tak Nie

3. Proszę podać kiedy ostatni raz lekarz badał Pan(i).....

4. Czy jest Pan(i) obecnie leczona przez lekarza?.....Tak Nie
Jeśli tak, to na co? _____

Nazwisko mojego lekarza _____ Numer Telefonu _____

5. Czy miał(a) Pan(i) jakakolwiek poważną chorobę lub operację?Tak Nie

6. Czy leżał(a) Pan(i) w szpitalu lub miała jakakolwiek poważną chorobę w ciągu ostatnich pięciu (5) lat?.....Tak Nie
Jeśli tak to co to było? _____

7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) którakolwiek z następujących chorób lub dolegliwości?

a. Uszkodzenia zastawek serca, sztuczne zastawki serca lub szmery w sercu?.....Tak Nie

b. Dziedziczne schorzenia serca.....Tak Nie

c. Choroby układu krążenia (kłopoty z sercem, niewydolność naczyń wieńcowych, zawał, nadciśnienie, wylew, stwardnienie tętnic, zablokowanie naczyń wieńcowych).....Tak Nie

1. Czy odczuwa Pan(i) ból w klatce piersiowej po wysiłku?.....Tak Nie

2. Czy brakuje Panu(i) tchu po łagodnym ćwiczeniu fizycznym?.....Tak Nie

3. Czy puchną Panu(i) kostki u nóg?.....Tak Nie

4. Czy brakuje Panu(i) tchu po położeniu się lub zachodzi potrzeba użycia dodatkowej poduszki do spania?.....Tak Nie

5. Czy ma Pan(i) rozrusznik serca?.....Tak Nie

d. AlergieTak Nie

e. Kłopoty z zatokami?.....Tak Nie

f. Astmę lub katar sienny?.....Tak Nie

g. Pokrzywki lub wysypki na skórze?.....Tak Nie

h. Omdlenia lub napady padaczki?.....Tak Nie

(OVER)

- i. Cukrzycę.....Tak Nie
1. Czy musi Pan(i) wydalac mocz więcej niż sześć (6) razy dziennie?.....Tak Nie
2. Czy odczuwa Pan(i) w większości czasu pragnienie?.....Tak Nie
3. Czy odczuwa Pan(i) częstokroć suchość w ustach?.....Tak Nie
- j. Zapalenie wątroby, żółtaczkę lub inne choroby wątroby?.....Tak Nie
- k. Artretyzm.....Tak Nie
- l. Chorobę reumatyczną (bolesne obrzęki stawów).....Tak Nie
- m. Wrzody żołądka.....Tak Nie
- n. Kłopoty z nerkami.....Tak Nie
- o. Gruźlicę.....Tak Nie
- p. Czy ma Pan(i) uporczywy kaszel lub kaszel z krwią?.....Tak Nie
- r. Niskie ciśnienie krwi.....Tak Nie
- s. Padaczkę.....Tak Nie
- t. Zaburzenia psychiczne.....Tak Nie
- u. Raka.....Tak Nie
- v. AIDS lub inne zaburzenia systemu odpornościowego.....Tak Nie
- w. Inne.....
9. Czy miał Pan(i) kiedyś nadmierne krwawienie po przebytych zabiegach chirurgicznych, obrażeniach, lub po usunięciu zęba?....Tak Nie
- a. Czy łatwo się Pan(i) męczy?.....Tak Nie
- b. Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) transfuzję krwi?.....Tak Nie
- Jeżeli tak to proszę podać okoliczności.....
10. Czy ma Pan(i) jakiegokolwiek choroby krwi, tak jak na przykład anemię?.....Tak Nie
11. Czy miał(a) Pan(i) operację, naświetlenia lub brał(a) lekarstwa na nowotwór, wzrost lub inne stany głowy lub szyi?.....Tak Nie
12. Czy bierze Pan(i) teraz jakiegokolwiek lekarstwa lub środki farmakologiczne?.....Tak Nie
- Jeżeli tak to jakie?.....
13. Czy teraz Pan(i) bierze jakiegokolwiek z następujących:
- a. Antybiotyki lub sulfonamidy.....Tak Nie
- b. Leki przeciwkrzepliwne.....Tak Nie
- c. Leki na wysokie ciśnienie.....Tak Nie
- d. Kortyzon (steroidy)Tak Nie
- e. Leki uspokajające.....Tak Nie
- f. Antyhistaminowe.....Tak Nie
- g. Aspirynę.....Tak Nie
- h. Insulinę lub inne leki na cukrzycę.....Tak Nie
- i. Digitalis (Naparstnicę) lub inne leki na serce.....Tak Nie
- j. Nitroglicerynę.....Tak Nie

(OVER)

- k. Doustne środki antykoncepcyjne lub inne hormonalne.....Tak Nie
- l. Inne.....
14. Czy ma Pan(i) alergię lub jest uczulony(a) na:
- a. Środki znieczulające.....Tak Nie
- b. Penicylinę lub inne antybiotyki.....Tak Nie
- c. Sulfonamidy.....Tak Nie
- d. Barbiturany, leki uspokajające, lub pigułki na sen.....Tak Nie
- e. Jod.....Tak Nie
- f. Kodeinę lub inne narkotyki.....Tak Nie
- g. inne.....
15. Czy miał(a) Pan(i) poważne kłopoty związane z poprzednim leczeniem dentystycznym?.....Tak Nie
- Jeżeli tak to co to było.....
16. Czy ma Pan(i) jakąkolwiek chorobę stan lub przypadłość, która nie jest wymieniona powyżej a o której powinien Pan(i) dentyście powiedzieć?.....Tak Nie
- Jeżeli tak to ci to jest?
17. Czy wystawiony jest Pan(i) regularnie w jakichkolwiek okolicznościach na działanie promieniowania Roentgena lub innego jonizującego?.....Tak Nie
18. Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe?
19. Czy jadła Pan(i) lub pił(a) w ciągu ostatnich czterech (4) godzin?.....Tak Nie
20. Czy nosi Pan(i) teraz dentystyczne protezy?

Kobiety

21. Czy jest Pani w ciąży?
22. Czy ma Pani jakiegokolwiek kłopoty związane z menstruacją?
23. Czy teraz karmi Pani piersią?

Powód dzisiejszej wizyty.....

.....

.....

.....

Oświadczam niniejszym, że przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) niniejszy wywiad.

Zaświadczam, że na wszystkie moje ewentualne pytania związane z powyższym wywiadem zostały udzielone odpowiedzi w sposób dla mnie zadowalający. Niniejszym stwierdzam, że nie będę pociągał dentysty lub jego pracowników do odpowiedzialności prawnej wynikających z moich pomyłek lub pominięć które mogłyby zaistnieć przy wypełnieniu tego wywiadu.

Podpis Pacjenta _____

Podpis Dentysty _____